

Consentimiento informado de alotrasplantes de miembros

Nombre y apellidos del paciente

DNI

D./Dña. (*Representante legal, familiar o allegado*),.....

DNI

Nombre y apellidos del médico que informa

Nº de colegiado

1. Descripción del procedimiento

En que consiste: restitución anatómica y funcional de su miembro amputado por otro procedente de un donante cadáver.

Cómo se realiza: bajo anestesia general. Tras identificar las estructuras anatómicas residuales en su miembro se precede al trasplante. Es necesario fijar el hueso al del órgano a trasplantar, suturar los tendones, microquirúrgicas de reimplante de los miembros amputados.

Después de la intervención pasa a la UCI o a la Unidad de Reanimación Quirúrgica donde se aplican las medidas médicas necesarias para su recuperación y para asegurar la viabilidad vascular e inmunológica del trasplante. Será necesario administrar antibióticos para evitar las infecciones, fármacos para evitar la trombosis de los vasos sanguíneos (que se mantendrán durante varias semanas) y fármacos para evitar el rechazo inmunológico al trasplante y que según los conocimientos actuales deberemos mantener permanentemente.

Posteriormente será necesario iniciar un programa intenso de rehabilitación con el objeto de recuperar la función del miembro trasplantado. Con este programa cabe esperar que los primeros movimientos se recuperen en la sensibilidad en la mano trasplantada y los movimientos finos.

Cuánto dura: es variable entre 10 y 15 horas, aunque ocasionalmente la misma puede prolongarse durante más tiempo.

2. Qué objetivos persigue: conseguir una restauración anatómica del miembro, de tal manera que permita la funcionalidad del tejido trasplantado, lo que permitirá al paciente su reinserción social.

¿Qué riesgos tiene?

1. Riesgos generales:

Riesgos relacionados con la anestesia

Puede presentarse problemas para la intubación traqueal, problemas cardio-respiratorios o reacciones adversas, incluyendo problemas de alergia, frente a los distintos fármacos anestésicos utilizados durante la intervención.

Riesgos relacionados con la intervención

- Hemorragia o sangrado durante o después de la cirugía. No debe tomar aspirina o medicación anti inflamatoria desde 10 días antes de la cirugía, puesto que pueden aumentar el riesgo de hemorragia.
- **Rechazo microquirúrgico.** Se produce durante las primeras horas o días y es debido a una trombosis de los vasos sanguíneos suturados, lo que impide la llegada de sangre a la mano trasplantada (trombosis arterial) o su salida hacia el resto del cuerpo (trombosis venosa). Para evitarlo se le administrarán antibióticos de forma profiláctica. Si se presenta este problema puede ser necesario una nueva intervención quirúrgica para asegurar la permeabilidad de los vasos, si no se consigue resolver el problema se producirá la pérdida total o parcial del trasplante.
- **Rechazo inmunológico.** Su sistema inmune reconocerá como algo extraño el miembro trasplantado y tratará de eliminarlo. Para evitar el rechazo inmunológico se usará medicación inmunosupresora que deberá tomar durante toda su vida. En la mayoría de los rechazos es posible, añadiendo nuevos fármacos o aumentando las dosis de los que se están tomando, superar la crisis y salvar el trasplante. De no conseguirse se producirá la pérdida del mismo.
- **Rechazo psicológico.** Tras recibir un trasplante deberá acostumbrarse a aceptar como propio el miembro trasplantado. De forma transitoria o permanente puede rechazar el trasplante por considerarlo extraño. Esta situación puede agravarse si las expectativas que tiene de recuperación anatómica y funcional no se ven cubiertas Si esto ocurre usted dispondrá del tratamiento y apoyo adecuado.
- **Secuelas funcionales y estéticas.** 1. La falta de consolidación entre su hueso y el del trasplante puede producir dolor o/y movimientos anormales, puede resolverse habitualmente mediante una intervención quirúrgica. 2. Puede no conseguirse la recuperación funcional que se pretendía. Un buen resultado funcional conlleva que se recupere el movimiento y la sensibilidad en su mano. La ausencia de movimientos puede deberse a rigideces de las articulaciones, realizar un programa rehabilitador adecuado. También puede recurrirse a técnicas quirúrgicas para la liberación de

los tendones y las articulaciones. La recuperación de la sensibilidad en el trasplante puede tardar varios meses. Es imprescindible recuperar al menos una sensibilidad de protección que evite lesiones asociadas por traumatismos o quemaduras, es deseable una sensibilidad adecuada que permita una correcta integración de la mano en nuestro esquema cerebral. 3. Las cicatrices, las alteraciones en el color de la piel por la pigmentación o vascularización de la misma y los edemas son las principales causas de un aspecto inestético del trasplante.

Riesgos de la medicación inmunosupresora. Pueden producir toxicidad hepática, renal o de la médula ósea entre otras. Sus principales riesgos están relacionados con el aumento de la incidencia de infecciones y de algunos tumores, Existe la posibilidad remota de que no fuese detectado previamente algún tipo de infección o tumor y se transmitiera al receptor.

- 2. **Riesgos personalizados:** Además de los riesgos anteriormente citados por la/s enfermedad/es que padece puede presentar otras complicaciones.....
- 3. **Beneficios del procedimiento a corto y medio plazo:** supone una mejoría estética del miembro reconstruido, así como recuperación o mejora de la función, proporcionando además mejora en la calidad de la vida.

¿Qué otras alternativas hay?

No intervenir.

Declaración de consentimiento:

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, no dude en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto. Le informamos que tiene derecho a revocar su decisión y retirar su consentimiento.

D./Dña. _____

He sido informado/a suficientemente de la intervención que se me va a realizar, explicándome sus riesgos, complicaciones y alternativas; la he comprendido y he tenido el tiempo suficiente para valorar mi decisión. Por tanto estoy satisfecho/a con la información recibida. Por ello,

DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me realice dicha intervención por el médico responsable. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno, sin que esta decisión repercuta en mis cuidados posteriores.

PACIENTE/REPRESENTANTE:	MÉDICO:
D.N.I.:	Nº Colegiado:
Fdo.:	Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____

He decidido REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN

PACIENTE/REPRESENTANTE:	MÉDICO:
D.N.I.:	Nº Colegiado:
Fdo.:	Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____